

Phẫu thuật tạo hình căng da mặt mini bằng đường mổ hình chữ C vùng thái dương tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Mini face lift with C incision in temporal area at the 108 Military Central Hospital

Lê Diệp Linh, Vũ Ngọc Lâm

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Trình bày chỉ định, kỹ thuật, kết quả của phương pháp căng da mặt mini (căng một phần) với đường mổ hình chữ C vùng thái dương, những tai biến biến chứng và cách xử lý. **Đối tượng và phương pháp:** Từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2023 có 139 bệnh nhân (2 nam, 137 nữ) tuổi từ 39 đến 63 có tình trạng da má chùng chảy ở các mức độ khác nhau, có thể kết hợp rãnh mũi má sâu, tích mỡ dưới da vùng dưới hàm, góc hàm được can thiệp bằng phẫu thuật căng da mặt mini với đường khâu hình chữ C vùng thái dương, có kết hợp với căng treo lớp SMAS bằng chỉ. Phương pháp tiến cứu can thiệp lâm sàng, theo dõi dọc. **Kết quả:** Có 83,5% kết quả gần đạt loại tốt, 2 trường hợp (1,5%) kết quả kém. Tai biến chảy máu sau mổ 1 trường hợp, rối loạn sắc tố da sau mổ có 2 trường hợp cần điều trị kéo dài. **Kết luận:** Căng da mặt mini với sọc mổ chữ C vùng thái dương kết hợp sử dụng treo SMAS bằng chỉ có hiệu quả cao với các trường hợp chùng chảy da mặt mức độ trung bình, có thể áp dụng tốt với cả trường hợp chùng chảy da mức độ vừa và nặng. Kỹ thuật an toàn, đơn giản, dễ thực hiện.

Từ khóa: Căng da mặt mini, căng da vùng thái dương.

Summary

Objective: Present the indications, techniques and results of mini facelift (partial lift) with C-shaped incision in the temporal area, complications and how to handle them. **Subject and method:** From March 2020 to March 2023, there were 139 patients (2 men, 137 women) aged from 39 to 63 with varying degrees of sagging cheek skin, which could be combined with deep nasolabial folds, subcutaneous fat accumulation in the submandibular area, jaw angle are treated with mini facelift surgery with C-shaped sutures in the temporal area, combined with the SMAS layer suspended with permanent threads. Prospective method of clinical intervention, longitudinal follow-up. **Result:** 83.5% of results were excellent, 2 cases (1.5%) had poor results. There was 1 case of bleeding complications after surgery, 2 cases of post-operative skin pigmentation disorders requiring prolonged treatment. **Conclusion:** Mini facelift with C-shaped scar in the temporal area combined with using SMAS suspension is highly effective in cases of moderate facial skin laxity, and can be well applied in cases of sagging skin, moderate and severe skin bleeding. Safe, simple, easy-to-implement technique.

Keywords: Mini facelift, temple skin tightening.

Ngày nhận bài: 03/5/2024, ngày chấp nhận đăng: 8/5/2024

Người phản hồi: Lê Diệp Linh, Email: ledieplinh@yahoo.com - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

1. Đặt vấn đề

Chùng chảy, sa trễ da vùng mặt do lão hoá là quy luật không thể tránh khỏi, tình trạng này tạo ra sự già nua, thể hiện tuổi tác của khuôn mặt. Mong muốn trẻ hoá là nhu cầu chính đáng của con người, và cho đến nay đã có rất nhiều phương pháp được áp dụng để giải quyết vấn đề này. Phẫu thuật căng da mặt mini (căng một phần, một vùng) là một trong những phương pháp rất có hiệu quả giúp cải thiện tình trạng sa trễ, thừa da vùng má. Về cơ bản nguyên tắc chung của phương pháp này là can thiệp vào cả lớp cân nông (SMAS) và lớp da, có cắt bỏ da thừa [1]. Có nhiều đường mổ được áp dụng với những ưu nhược điểm khác nhau. Với cơ địa người châu Á, những nguy cơ để lại sẹo xấu vùng trước tai sau phẫu thuật căng da là một trong những yếu tố quan trọng cần xem xét khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Việc tìm ra được đường mổ có thể giúp quá trình phẫu thuật thuận lợi, an toàn, giảm thiểu độ dài sẹo vùng trước tai cũng như ít làm thay đổi vị trí tóc mai sẽ giúp nâng cao hiệu quả phẫu thuật, hạn chế nguy cơ sẹo xấu sau phẫu thuật. Chúng tôi trình bày kỹ thuật căng da mặt mini với đường mổ hình chữ C vùng thái dương, phân tích các ưu nhược điểm, hiệu quả cũng như tai biến, biến chứng của kỹ thuật.

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Từ tháng 3/2020 đến tháng 3/2023 có 139 bệnh nhân (2 nam, 137 nữ) tuổi từ 39 đến 63 có tình trạng da má chùng chảy ở các mức độ khác nhau, có thể kết hợp rãnh mũi má sâu, tích mỡ dưới da vùng dưới hàm, góc hàm được can thiệp bằng phẫu thuật căng da mặt mini với đường khâu hình chữ C vùng thái dương, có kết hợp với căng treo lớp SMAS bằng chỉ.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Bệnh nhân có tình trạng da má chùng chảy, rãnh mũi má sâu ảnh hưởng thẩm mỹ.

Các bệnh nhân đủ điều kiện lâm sàng, cận lâm sàng cho phẫu thuật gây mê (có thể mê tĩnh mạch hoặc nội khí quản).

Không có tổn thương đặc biệt ở vùng má, thái dương, xương góc hàm, cơ cắn (u, nang xương hàm,

u huyết quản, dị dạng mạch máu vùng góc hàm cơ cắn, sẹo co kéo biến dạng da vùng má...).

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu tiến cứu can thiệp lâm sàng, mô tả cắt ngang, theo dõi dọc.

Bệnh nhân được khám xét lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá tình trạng chùng chảy sa trễ da vùng má, mức độ nhăn chân chim đuôi mắt, tình trạng tích mỡ vùng bờ hàm, chất lượng da, độ dài và sâu của rãnh mũi má, hình dạng khuôn mặt, nhu cầu về mức độ thẩm mỹ mong muốn đạt được. Tình trạng tại chỗ vận động xương hàm, cấu trúc xương, da vùng góc hàm, độ dài tóc mai.

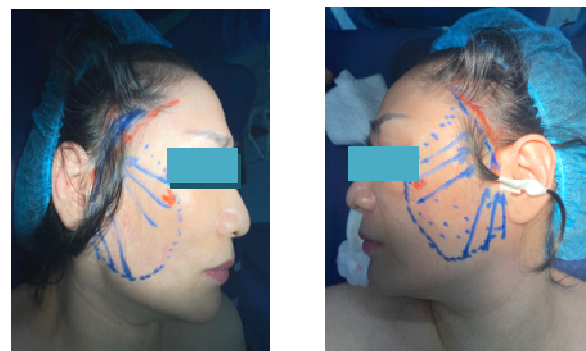
Chụp ảnh các tư thế thẳng-nghiêng-ngửa mặt.

Siêu âm Doppler nhánh trán động mạch thái dương nông, vẽ đánh dấu đường đi của nhánh mạch để tránh tổn thương khi phẫu thuật.

Kỹ thuật:

Thiết kế đường rạch da vùng thái dương (đường rạch lúc đầu là đường thẳng).

Xác định vị trí, hướng treo chỉ.



Hình 1-2. Vị trí nhánh trán động mạch thái dương nông, đường rạch da, vị trí và hướng treo chỉ

Rạch da, bóc tách theo bình diện mặt trên lớp SMAS đến vùng bờ hàm, gần rãnh mũi má, phía trước khối xương gò má.

Hút mỡ vùng bờ hàm (nếu có).

Kiểm tra cầm máu kỹ.

Dùng chỉ Nylon 3/0 khâu treo lớp SMAS lên cân thái dương: Mỗi vị trí khâu 2-3 mũi chỉ treo.

Kéo vạt da lên, cắt bỏ phần da thừa: Cắt dải da thừa để tạo thành đường khâu hình chữ C.

Dẫn lưu kín. Khâu phục hồi vết mổ 2 lớp.



Hình 3-4. Vết mổ sau khi đã căng 2 lớp, treo chỉ

Chăm sóc hậu phẫu, theo dõi sau mổ. Cắt chỉ sau 10-12 ngày.



Hình 5-6. Sẹo sau cắt chỉ

Ghi chép số liệu, chụp ảnh tư liệu và xử lý theo thuật toán thống kê.

Đánh giá kết quả.

Kết quả gần: Khi cắt chỉ.

Tốt: Vết mổ liền tốt, không sưng hoặc ít sưng nề, không tổn thương các nhánh dây VII, da màu sắc bình thường hoặc còn màu vàng nhẹ.

Khá: Vết mổ liền tốt, còn sưng nề nhẹ, còn bầm tím, không tổn thương các nhánh dây VII.

Kém: Vết mổ nhiễm trùng hoặc không liền, tụ máu tụ dịch, liệt nhánh dây VII.

Kết quả xa: Sau 12 tháng.

Tốt: Mặt cân đối, tình trạng sa trễ da má cải thiện rõ, rãnh mũi má giảm độ dài, độ sâu, không tổn thương nhánh dây VII, sẹo mờ, bệnh nhân hài lòng.

Khá: Mặt cân đối, tình trạng sa trễ da má cải thiện rõ, rãnh mũi má giảm độ dài, độ sâu, không tổn thương nhánh dây VII, vết mổ còn rõ, mất tóc, sẹo giãn.

Kém: Các trường hợp mặt không cân đối, ít cải thiện tình trạng sa trễ, tổn thương các nhánh dây VII, sẹo lồi...

3. Kết quả

Bảng 1. Tuổi - giới (n = 139)

Tuổi	Số lượng		Tỷ lệ %
	Nam	Nữ	
< 40	0	12	9
40-50	0	43	31
51-60	02	67	50
>60	0	15	11
Tổng	02	137	100

Nhận xét: Chỉ có 2 nam trong tổng số bệnh nhân. Lứa tuổi 51-60 chiếm phần lớn với 50% số bệnh nhân.

Bảng 2. Vị trí sa trễ cần cải thiện (n = 139)

Vị trí sa trễ	Số lượng	Tỷ lệ %
Vùng má	121	87
Vùng góc hàm	69	49
Vùng gò má	71	51
Vùng cổ	55	39

Nhận xét: Vị trí sa trễ vùng má chiếm tỷ lệ cao nhất (87%), sau đó là vùng gò má với 51%. Một bệnh nhân có thể có nhiều vị trí sa trễ da nên tổng số vùng sa trễ lớn hơn nhiều so với n = 139.

Bảng 3. Vị trí và hướng kéo chỉ (n = 139)

Vị trí - hướng	Số lượng	Tỷ lệ %
Má- thái dương	121	87
Góc hàm- thái dương	69	49
Gò má- thái dương	71	51
Ngang đuôi mắt	72	52

Nhận xét: Có 121 trường hợp (87%) được khâu kéo theo hướng má- thái dương. Số khâu kéo hướng

góc hàm- thái dương là 49%. Số lượng vị trí kéo chỉ theo vị trí sa trễ, kết hợp thêm vị trí căng chỉ vùng nhãn chân chim đuôi mắt.

Bảng 4. Các triệu chứng kết hợp (n = 139)

Triệu chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Tích mỡ vùng bờ hàm	33	23
Tích mỡ vùng dưới hàm	49	35
Dày mỡ vùng má	57	41
Dày mỡ nọng cằm	29	20
Nhãn chân chim	72	51
Má hóp	28	20
Thái dương lõm	27	19

Nhận xét: Các triệu chứng kết hợp đa dạng, trong đó tình trạng nhãn chân chim vùng đuôi mắt chiếm tỷ lệ cao nhất với 51%.

Bảng 5. Tai biến-biến chứng (n = 139)

Loại tai biến, biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %
Chảy máu vết mổ	1	0,7
Tụ dịch	3	2,1
Chạm liền	2	1,4
Nhiễm trùng, rò chỉ	0	0
Tổn thương nhánh dây VII	0	0
Biến đổi sắc tố da vùng má	02	1,4

Nhận xét: Không có trường hợp nào tổn thương nhánh dây VII tuy nhiên có 1 trường hợp chảy máu vết mổ phải xử lý lấy máu tụ sau mổ, có 2 trường hợp biến đổi sắc tố da vùng má sau phẫu thuật.

Bảng 6. Kết quả phẫu thuật gần (n = 139)

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	130	93,5
Khá	3	2,5
Kém	6	4

Nhận xét: Có 2 trường hợp chạm liền vết mổ và 3 trường hợp tụ dịch khi cắt chỉ được xếp loại kém, 01 trường hợp chảy máu sau mổ sau xử lý vết mổ liền tốt nhưng vẫn xếp vào nhóm kết quả gần kém.

Bảng 7. Kết quả phẫu thuật xa (n= 139)

Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tốt	116	83,5
Khá	21	15
Kém	2	1,5
Tổng số	139	100

Nhận xét: Có 21 trường hợp xếp loại kết quả khá trong đó có 2 trường hợp vết mổ chạm liền để lại sẹo giãn và 1 trường hợp mất tóc cạnh vết mổ, số còn lại chủ yếu do tình trạng còn sa trễ, rãnh mũi má ít cải thiện, 2 trường hợp kết quả kém do biến đổi sắc tố da vùng má.

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm tuổi-giới và chỉ định phẫu thuật căng da mini vùng thái dương

Bảng 1 cho thấy chỉ có 2 bệnh nhân nam trong khi có 137 bệnh nhân nữ. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho thấy nhu cầu cải thiện tình trạng chùng da, sa trễ da vùng mặt chủ yếu do yếu tố thẩm mỹ nên nữ giới quan tâm nhiều hơn. Một vấn đề khác liên quan đến chỉ định căng da mặt nói chung và căng da mini vùng thái dương nói riêng là do nam giới khó che giấu vết mổ do tóc ngắn, nhất là thời gian đầu sau mổ sẹo chưa mờ nên cả bệnh nhân lẫn bác sĩ đều rất cân nhắc khi đưa ra chỉ định phẫu thuật. Trong số 2 bệnh nhân nam thì đều là người châu Âu, cơ địa sẹo tốt nên không lo ngại vấn đề sẹo xấu sau mổ. Thực tế có 1 số trường hợp bệnh nhân có nhu cầu căng da mini vùng thái dương, nhưng do tình trạng trùng chảy da khá nặng cả những vùng khác nên chúng tôi tư vấn không nên can thiệp, nếu can thiệp sẽ phải kết hợp căng da cổ mặt toàn bộ mới tạo ra được sự hài hoà sau mổ.

Sự khác biệt giữa căng da mặt toàn bộ và căng da mini đã được rất nhiều tác giả nghiên cứu và có đồng thuận cao về chỉ định, kỹ thuật, hiệu quả [1], [2]. Với căng da mặt toàn bộ, chỉ định dành cho những trường hợp có mức độ chùng chảy, sa trễ nặng cả má, bờ hàm, dưới hàm, cổ, có thể cả vùng trán. Đường mổ căng da mặt toàn bộ chạy theo đường chân tóc và quanh tai. Với căng da mini, chỉ

định dành cho tình trạng sa trễ da trung bình, tập trung ở vùng má, bờ hàm, góc ngoài mắt. Căng da mini không có hiệu quả với vùng dưới hàm và vùng cổ. Đường mổ căng da mini ngắn hơn nhiều, tùy theo từng tác giả mà có thể chỉ khoét ở vùng da đầu mang tóc thái dương hay kéo dài xuống trước tai. Về kỹ thuật thì cơ bản cả căng da toàn bộ và căng da mini đều phải tuân thủ nguyên tắc can thiệp cả lớp cân sâu (SMAS) và lớp da, tuy nhiên kỹ thuật căng lớp SMAS rất khác nhau, có thể thu gấp, có thể cắt bớt một phần. Trong kỹ thuật căng da mini vùng thái dương của chúng tôi, việc can thiệp căng lớp cân sâu được thực hiện bằng các mối chỉ khâu không tiêu để treo giữ khối mô mềm sa trễ lên một cấu trúc rất chắc đó là lớp cân thái dương sâu. Tác giả Gülbitti HA, Baker SR và nhiều tác giả khác trong các nghiên cứu về sử dụng hệ thống chỉ treo trong căng da mặt đều đánh giá lớp cân thái dương sâu rất có giá trị trong neo giữ các phương tiện treo mô mềm vùng mặt [3], [4].

4.2. Về triệu chứng lâm sàng

Theo Bảng 2, hầu hết bệnh nhân đến tư vấn và phẫu thuật với tình trạng sa trễ da vùng má với 121 bệnh nhân chiếm 87%, đây cũng là chỉ định phù hợp nhất với kỹ thuật căng da mini vùng thái dương. Với kỹ thuật căng da đường sẹo hình chữ C, vị trí kéo nhiều da nhất là vùng trung tâm đường mổ và cũng chính là vùng má do lực kéo hướng chéo lên trên.

Việc đánh giá tình trạng sa trễ tại các vị trí khác (góc hàm, gò má, cổ) là rất quan trọng vì liên quan đến xác định các vị trí và hướng kéo chỉ căng lớp SMAS để cải thiện chung tình trạng sa trễ của cả tầng mặt giữa. Tác giả Derby BM [1] cho rằng trong phẫu thuật căng da mặt, việc đánh giá đầy đủ các yếu tố liên quan (khung xương và mô mềm, sự biến đổi của các lớp cấu trúc giải phẫu riêng biệt) để bảo tồn những cấu trúc còn vững chắc, phục hồi các cấu trúc sa trễ chùng nhão. Derby BM cũng cho rằng mặc dù các chất làm đầy có giá trị cao trong trẻ hoá khuôn mặt, tuy nhiên không thể thay thế được phẫu thuật căng da mặt.

Trong 139 bệnh nhân của chúng tôi, có 55 trường hợp được đánh giá là có sa trễ da vùng cổ.

Những trường hợp này có thể chỉ định căng da mặt toàn bộ, tuy nhiên do nhu cầu của bệnh nhân chủ yếu quan tâm cải thiện vùng tầng giữa mặt nên vẫn áp dụng kỹ thuật căng da mini vùng thái dương, chúng tôi đầu giải thích rất kỹ hiệu quả, mức độ can thiệp, sự khác biệt về sẹo mổ giữa hai kỹ thuật.

4.3. Về các triệu chứng kết hợp

Theo kết quả Bảng 4, bệnh nhân đến tư vấn không đơn thuần chỉ vì tình trạng chùng chảy sa trễ da mặt, việc khám và phân tích các tổn thương kết hợp là rất quan trọng để đưa ra được giải pháp xử lý có hiệu quả. Lão hoá là quá trình biến đổi tất cả các cấu trúc của mặt cả mô mềm và mô cứng, trong đó với mô mềm ngoài việc giảm độ vững của các lớp cân vách dẫn đến chảy da còn phải kể đến tình trạng tích tụ mỡ tại các vị trí bờ hàm, dưới cằm, dưới hàm và tình trạng thiếu mỡ vùng thái dương, dưới xương gò má. Có 33 trường hợp tích mỡ vùng bờ hàm, 49 trường hợp tích mỡ dưới hàm, 57 trường hợp tích mỡ má và 29 trường hợp tích mỡ nặng cằm. Trong căng da mini vùng thái dương, để cải thiện tốt đường viền khuôn mặt, tạo ra độ mềm mại và thanh thoát của tầng mặt dưới thì vấn đề giảm độ dày mỡ vùng bờ hàm rất có ý nghĩa, chính vì thế chúng tôi thường kết hợp căng da mini và hút mỡ vùng bờ hàm. Với tình trạng mỡ vùng dưới hàm, dưới cằm thì tùy yêu cầu của bệnh nhân mà có thể hút hoặc không. Wei B và Duan R [1] cũng nhấn mạnh vai trò của những can thiệp hỗ trợ như hút mỡ khi thực hiện các kỹ thuật căng da mặt.

Có 51% bệnh nhân (71 trường hợp) có tình trạng nhãn chân chim vùng đuôi mắt kết hợp sa trễ chùng chảy da má. Thực tế khá nhiều bệnh nhân đến với lý do muốn cải thiện nhãn chân chim là chính nên tỷ lệ có triệu chứng này trong căng da mini rất cao. Cần đánh giá kỹ mức độ nhãn chân chim để có giải pháp kỹ thuật phù hợp trong lúc thực hiện kỹ thuật căng da mini.

Có một tỷ lệ bệnh nhân có tình trạng hóp vùng thái dương, vùng dưới xương gò má. Đánh giá cụ thể trên mỗi bệnh nhân để thiết kế vị trí và hướng kéo chỉ sao cho tránh làm tăng triệu chứng này sau mổ. Chúng tôi không sử dụng filler ngay cùng lúc

với căng da mini do việc sử dụng thuốc tê trong mổ cũng như kết quả ngay sau căng làm thay đổi tình trạng hóp của các vùng này nên khó đánh giá chính xác khối lượng filler cần sử dụng.

4.4. Kỹ thuật căng da mini với đường sẹo hình chữ C

Đường rạch da lúc đầu vẫn là một đường thẳng hoặc cong nhẹ, sau khi bóc tách theo lớp SMAS đến gần rãnh mũi má, bờ hàm chúng tôi tiến hành hút mỡ tại các vị trí bờ hàm, dưới hàm (nếu có). Kiểm tra cầm máu kỹ, bơm rửa sạch ổ mổ bằng dung dịch nước muối. Kéo thử lớp SMAS theo hướng treo chỉ dự kiến và đánh giá khả năng di động của lớp mô mềm. Khâu các mối chỉ nylon 3/0 vào lớp SMAS tại các vị trí thích hợp và treo cố định vào lớp cân cơ thái dương.

Có khá nhiều đường mổ được mô tả trong căng da mặt mini, trong đó có đường đi theo chân tóc mai. Đường mổ này có ưu điểm là giữ được vị trí của tóc mai mà không phụ thuộc việc căng và cắt bỏ da thừa nhiều hay ít. Tuy nhiên với cơ địa người châu Á nói chung và người Việt nói riêng thì nguy cơ để lại sẹo xấu vùng trước chân tóc mai là rất cao, chính vì thế chúng tôi sử dụng đường mổ nằm trong phần da đầu mang tóc vùng thái dương và kéo dài một phần xuống trước tai. Việc cắt da thừa để tạo ra đường khâu cuối cùng có hình chữ C chính là để tối ưu hoá khả năng cắt da thừa, khả năng treo giữ vùng má sa trễ. Với những bệnh nhân có chân tóc mai dài, việc di chuyển lên trên và ra sau của tóc mai ít ảnh hưởng thẩm mỹ nhất là với nữ giới, tuy nhiên cũng có những trường hợp tóc mai ngắn, thưa thì chúng tôi đều phải giải thích tình trạng tóc mai bị ngắn hơn so với trước phẫu thuật.



Hình 7-8. Một số đường mổ căng da mini



Hình 9-10. Một số sẹo xấu căng da mini

4.5. Tai biến, biến chứng của kỹ thuật

Theo Bảng 5, chúng tôi gặp 8 trường hợp có tai biến, biến chứng. Tai biến sớm là 1 trường hợp chảy máu sau mổ. Bệnh nhân có bệnh lý nền tăng huyết áp, sau mổ do không kiểm soát tốt huyết áp nên sau mổ 6 tiếng bị chảy máu bên phải, vết mổ căng tức nên phải can thiệp mở vết mổ lấy máu tụ, kiểm tra thấy có điểm chảy từ mạch nhỏ vùng gò má, tiến hành đốt cầm máu và khâu lại. Sau mổ vết mổ liền kỳ đầu, kết quả căng da tốt tuy nhiên chúng tôi xếp vào nhóm kết quả gần kém.



Hình 11-12. Chạm liền vết mổ

Chúng tôi không gặp tổn thương về thần kinh, trong đó có tổn thương các nhánh dây VII hoặc nhánh cảm giác tai tái dương lớn. Lớp bóc tách và diện bóc tách của căng da mini theo kỹ thuật của chúng tôi khá an toàn, với dây thần kinh tai thái dương lớn thì hầu như vết mổ và vùng bóc tách không chạm đến vị trí dễ tổn thương nhất là ở dưới tai, với các nhánh dây VII thì vị trí chúng tôi khâu lớp SMAS ở vùng trước khi các nhánh thoát ra khỏi cực trước tuyến mang tai để đi ra nông vào cơ bám da. Các mũi khâu cũng luôn được chú ý không móc quá sâu, chỉ lấy đủ độ dày lớp SMAS để tránh móc vào nhánh thần kinh ở dưới. Nhiều tác giả như Lefkowitz T, Pitanguy I luôn nhấn mạnh cần phải chú ý giải phẫu cấu trúc thần kinh để tránh tổn thương trong lúc phẫu tích cũng như khâu kéo treo sa trễ [5], [6]. Trong số bệnh nhân của chúng tôi không có trường hợp nào gặp biến chứng “first bite syndrom” như tác giả Gunter AE mô tả [9].

Chúng tôi gặp 2 trường hợp có biến đổi sắc tố da ở vùng bóc tách sau khi lành thương. Các bệnh

nhân này có cơ địa nám da khá nhiều trước phẫu thuật, sau mổ 2 tuần thấy xuất hiện các mảng da sẫm màu rải rác vùng má hai bên. Chúng tôi xem xét các nguyên nhân có thể gây ra tình trạng thiếu dưỡng da, rối loạn sắc tố trên hai trường hợp này và cho rằng liên quan đến việc sử dụng ô xy già để cầm máu khoang bóc tách. Ở hai trường hợp này do sau bóc tách khoang có hiện tượng chảy máu rỉ rỉ khó cầm nên chúng tôi sử dụng oxy già 10% thể tích bơm vào khoang, sau bơm cả vùng da bóc tách căng phồng lên và tăng nhiệt. Quá trình hậu phẫu thấy vết mổ vẫn liền tuy nhiên da hơi đỏ, cứng hơn da các trường hợp khác, sau đó xuất hiện các mảng sẫm sắc tố. Cả hai trường hợp này chúng tôi cho điều trị nội khoa phục hồi lại chất lượng da và dùng Laser làm bớt đi các mảng sắc tố cùng với các nám da của bệnh nhân. Sau 1 năm điều trị kết quả da phục hồi bình thường. Sau hai trường hợp này chúng tôi không sử dụng oxy già mà chỉ bơm rửa bằng nước muối và cầm máu bằng các kỹ thuật khác và không gặp thêm trường hợp nào bị rối loạn sắc tố vệt da nữa.



Hình 13-14. Rối loạn sắc tố má sau căng da mini và kết quả sau điều trị

4.6. Kết quả phẫu thuật

Theo Bảng 6, kết quả gần được đánh giá khi cắt chỉ và có 130 trường hợp (93,5%) vết mổ liền tốt, vệt da màu sắc bình thường, cân đối 2 bên và cải thiện tốt độ sa trễ cũng như độ dài, độ sâu rãnh mũi má được xếp vào nhóm kết quả tốt. Có 6 trường hợp tai biến chảy máu, tụ dịch, vết mổ chạm liền được xếp vào kết quả kém, 3 trường hợp còn sưng nề, bầm tím vùng má chiếm 2,5% kết quả khá. Theo Jacono AA [7], [8] việc đạt kết quả tốt cao ngay sau phẫu

thuật là khá dễ dàng với phẫu thuật căng da mặt nói chung và căng da mini nói riêng và không thể hiện chất lượng cũng như tính ổn định của phẫu thuật. Chúng tôi hoàn toàn đồng thuận với quan điểm này, vì thực tế với bất kỳ can thiệp nào vào vùng da má để làm giảm độ sa trễ của mô mềm thì đều có thể mang lại hiệu quả trẻ hoá tức thì, thậm chí càng can thiệp ít càng nhanh phục hồi, nhanh đẹp. Tuy nhiên cần đánh giá kết quả xa mới có giá trị và ý nghĩa trong can thiệp trẻ hoá khuôn mặt bằng phẫu thuật. Chúng tôi chọn đánh giá sau 12 tháng, vì thông thường sau 6 tháng kết quả phẫu thuật mới ổn định và để xác định hiệu quả độ bền của phẫu thuật thì cần thời gian dài hơn. Kết quả xa của chúng tôi số đạt tốt giảm khá nhiều, chỉ còn lại 83,5%, lý do vì trong số bệnh nhân được can thiệp có những

trường hợp cần căng da mặt toàn bộ, hoặc chất lượng da quá kém nên hiệu quả của chỉ treo thấp, xuất hiện tái phát sa trễ và độ sâu - dài của rãnh mũi má tăng lên sau 6 tháng. Số này làm tăng kết quả khá lên 21 trường hợp (15%) trong khi đó có 2 trường hợp tăng sắc tố má điều trị hơn 1 năm mới phục hồi được xếp vào kết quả kém.

5. Kết luận

Căng da mặt mini với sọc mổ chữ C vùng thái dương kết hợp sử dụng treo SMAS bằng chỉ có hiệu quả cao với các trường hợp chùng chảy da mặt mức độ trung bình, có thể áp dụng tốt với cả trường hợp chùng chảy da mặt mức độ vừa và nặng. Kỹ thuật an toàn, đơn giản, dễ thực hiện.

Hình ảnh minh hoạ





Tài liệu tham khảo

1. Derby BM, Codner MA (2017) *evidence-based medicine: face lift*. Plast reconstr surg 139(1):151-167.
2. Wei B, Duan R, Xie F, Gu J, Liu C, Gao B (2023) *Advances in face-lift surgical techniques: 2016-2021*. Aesthetic Plast Surg 47(2):622-630. doi: 10.1007/s00266-022-03017-z. Epub 2022 Jul 26.PMID: 35882647.
3. Gülbitti HA, Colebunders B, Pirayesh A, Bertossi D, van der Lei B (2018) *Plast reconstr surg*. (3):341e-347e. doi: 10.1097/PRS.00000000000004101.PMID: 29481392. Thread – Lift Sutures: Still in the Lift? A Systematic Review of the Literature.
4. Baker SR (2009) *Deep plane rhytidectomy and variations*. Facial Plast Surg Clin North Am. 17(4): 557-573.
5. Lefkowitz T, Hazani R, Chowdhry S, Elston J, Yaremchuk MJ, Wilhelmi BJ (2013) *Anatomical landmarks to avoid injury to the great auricular nerve during rhytidectomy*. Aesthet Surg J 33(1): 19-23.
6. Pitanguy I, Ramos AS (1966) *The frontal branch of the facial nerve: The importance of its variations in face lifting*. Plast Reconstr Surg 38(4): 352-356.
7. Jacono AA, Ransom ER (2012) *Patient-specific rhytidectomy: Finding the angle of maximal rejuvenation*. Aesthet Surg J 32(7): 804-813.
8. Jacono AA, Alemi AS, Russell JL (2019) *A meta-analysis of complication rates among different SMAS facelift techniques*. Aesthet Surg J 39(9): 927-942.
9. Gunter AE, Llewellyn CM, Perez PB, Hohman MH, Roof SB (2021) *First bite syndrome following rhytidectomy: A case report*. Ann Otol Rhinol Laryngol 130(1): 92-97.